NR. 12. LWÓW, DNIA 15. CZERWCA 1904. ROK II.

GŁOS LEKARZY

Organ lekarzy Galicyi, Śląska i Bukowiny

SUBWENCYONOWANY PRZEZ GALICYJSKIE IZBY LEKARSKIE I PRZEZ TOWARZYSTWO „SAMOPOMOCY LEKARZY“

Wychodzi 1-go i 15-go każdego miesiąca.

Redaguje Komitet. Redaktor naczelny: Dr. Szczepan Mikołajski.

Adres w sprawach redakcyjnych i administracyjnych: Dr. Szczepan Mikołajski, Lwów, ul. Śniadeckich l. 6. — W sprawach inseratowych adres: Mgr. Julian Hausberg, Lwów, pl. Strzelecki, 2, I. piętro.

Prenumerata roczna wynosi 6 kor., w Rosyi 3 ruble, w Niemczech 6 marek. Wszelkie przesyłki pieniężne adresować należy: Dr. Jakób Moszkowicz, Lwów, ul. Akademicka, l. 14. — Konto czekowe pocztowej kasy oszczędności Nr. 839.786.

W jedności siła!

Po roku pracy.

Kończymy pierwszy rok wydawnictwa „Głosu lekarzy“ z tem przeświadczeniem, że sumiennie staraliśmy się spełniac podjęte zadanie. Rzeczą kolegów jest ocenić, czy praca ta była pożyteczną. Nie będziemy zestawiali przeglądu prac i referatów, które zamieściliśmy, sądzimy jednak, że nie pominęliśmy żadnego ważniejszego zagadnienia z zakresu spraw społeczno-zawodowych, które były na porządku dziennym dyskusyi.

Pozyskaliśmy liczny zastęp zwolenników naszego pisma, z różnych stron otrzymujemy od Kolegów słowa gorącego uznania. „Głos lekarzy“ stał się organem, łączącym, jeśli nie wszystkich lekarzy w tej dzielnicy, to w każdym razie znaczną ich większość.

Usterki, które z początku niektórych czytelników raziły, staraliśmy się usunąć, korzystając z przedmiotowej krytyki Kolegów i stosując się do wszelkich wskazówek i rad życzliwych.

Rozwijając stopniowo a konsekwentnie program, który sobie z góry jasno zakreśliliśmy, zwracaliśmy baczną uwagę nie tylko na stosunki zawodowe w naszym kraju, lecz pilnie śledziliśmy przebiegu usiłowań, podjętych i w innych krajach Austryi, a zmierzających do podźwignięcia stanu lekarskiego z upadku materyalnego. Lecz poruszaliśmy także piekące zagadnienia z zakresu etyki lekarskiej a nigdy nie spuszczaliśmy z oka społecznych zadań stanu lekarskiego.

Tą drogą i nadal pójdziemy.

Obecnie drukujemy szereg prac konkursowych o położeniu materyalnem i stanowisku społecznem lekarzy w Galicyi. Znajdą tu więc szczegółowe omówienie warunki bytu praktyków prowincyonalnych, praktyków miejskich, lekarzy rządowych i lekarzy gminnych i okręgowych, a spodziewamy się, że nadejdą jeszcze prace o lekarzach szpitalnych i o lekarzach Kas chorych. Rozprawy na te tematy, ogłaszane w pospiesznem tempie, zajmą łamy naszego pisma do końca bieżącego roku i — mamy nadzieję — oświetlą drogę ku naglącym reformom.

Zabierze nam też jeszcze sporo czasu referat o stanowisku lekarzy wobec Kas chorych, tudzież referat o taryfie lekarskiej. Są to sprawy wielce aktualne i zajmują się niemi nasze Izby lekarskie, przypuszczamy więc, że nasze referaty ułatwią Kolegom rozpatrzenie się w przedmiocie i przysposobią ogół lekarzy do zarządzeń ze strony Izb lekarskich.

Posiadamy jeszcze w tece redakcyjnej wiele innych ważnych prac, które niezawodnie zainteresują szerokie koła lekarzy.

W odcinku pisma podawać będziemy i nadal nowelki na tle życia lekarzy.

Gdy tylko uporamy się z pracami, już rozpoczętemi, zajmiemy się gruntownem rozpatrzeniem sprawy pierwszorzędnego znaczenia, mianowicie sprawy partactwa leczniczego, a dalej mamy w planie przedstawić obszernie usiłowania u nas i w innych krajach, zmierzające do poprawy bytu i reorganizacyi gminnej służby lekarskiej, zdamy sprawę z rozwoju samopomocy lekarzy w Austryi, rozpatrzymy krytycznie taryfę sądowo-lekarską, wdrożymy dyskusyę co do projektów ustawodawczych, zalegających w parlamencie, a lekarzy żywo obchodzących, jako to reforma prasowa, reforma aptekarstwa, reforma kodeksu karnego, reforma ustawy o Kasach chorych, projekt przymusowego ubezpieczenia funkcyonaryuszy prywatnych i t. d.

Leży więc przed nami rozległe pole pracy publicystycznej, pole dotychczas w polskiej prasie zawodowej ugorem pozostawiane.

Przedewszystkiem jednak pragnęlibyśmy uzyskać więcej miejsca dla krytycznego rozbioru dążeń organizacyjnych w stanie lekarskim tak w kraju, jak poza jego kresami. W każdym razie i w tym kierunku zwrócimy pracę, a zaznaczając nasze poglądy w sprawach, przedsiębranych czy to przez Izby lekarskie, czy przez Towarzystwa lekarskie lub przez grona koleżeńskie, posługiwać się pragniemy metodą przedmiotową i powodować się jedynie względami na dobro sprawy.

Oto pokrótce dalszy nasz program.

Kto uznaje, że zasługujemy na dalsze poparcie, tego zapraszamy **do odnowienia przedpłaty!**

ODEZWA

do wszystkich Kolegów-lekarzy w Galicyi.

W numerze 1-szym „Głosu lekarzy“ z dnia 1. stycznia b. r. zamieścił kol. Prebendowski artykuł, zatytułowany „Projekt na czasie“, w którym to artykule zachęca Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy do wydania znaczków stemplowych do przylepiania ich na receptach, wydawanych zwłaszcza chorym, którzy się leczą bezpłatnie, a dochody z tych znaczków mają posłużyć na utworzenie funduszu pensyjnego dla lekarzy, wdów i sierot po lekarzach. Projekt ten podjęło i uchwaliło Walne Zgromadzenie Tow. Samop., polecając Wydziałowi wprowadzenie go w życie.

Obecnie znaczki są już gotowe i Wydział Towarzystwa zwraca się do wszystkich Kolegów z gorącą prośbą o jak najenergiczniejsze rozpowszechnienie pomienionych znaczków. Ażeby Kolegom ułatwić tę akcyę, podajemy poniżej, jak sobie całą sprawę wyobrażamy.

Lekarze kupują znaczki za gotówkę u Wydziału Towarzystwa w Krakowie, względnie u Zarządu Reprezentacyi lwowskiej*), a pieniądze te zostają złożone do Funduszu zapomogowego. Następnie każdy lekarz, stemplując takim znaczkiem wydawane chorym recepty, odbiera sobie od pacyentów uiszczoną z góry do kasy zapomogowej za stemple należy-

*) Zarząd Reprezentacyi lwowskiej otrzymał w komis zapas znaczków z Wydziału Towarzystwa tak, że także kupować je można u sekretarza Reprezentacyi, kol. Mańkowskiego, Lwów ul. Kochanowskiego Nr. 33.

tość. Byłoby naturalnie ideałem naszym, ażeby żadna recepta nie dostawała się do apteki bez znaczka. W tym też celu winni lekarze żądać od każdego pacyenta, obok honoraryum, należytości za znaczek w kwocie 4 halerzy i znaczek ten w obecności chorego przylepić na recepcie. O ileby żądanie należytości za znaczek było dla lekarza wobec niektórych pacyentów kłopotliwem, należy szukać jakiej innej drogi, którą każdy przy dobrej woli znaleźć potrafi, byle tylko recepta była ostemplowaną. O ile nam wiadomo, niektórzy lekarze postanowili w takich wypadkach ponieść wydatek ten z własnych funduszów; inni przyrzekli wprowadzić stemplowanie w ambulatoryach klinicznych. Zdarzają się jednak każdemu lekarzowi liczne wypadki, w których odmawia przyjęcia zapłaty za poradę, czy to z powodu jej nizkości, czy też z jakiejkolwiek innej przyczyny (osobista znajomość z pacyentem, pokrewieństwo, koleżeństwo, gdy chodzi o rodzinę drugiego lekarza i t. p.). W tych razach możnaby zażądać od chcącego płacić chorego zamiast honoraryum, którego przyjąć nie wypada, aby przynajmniej pewną ilość znaczków zapłacił na rzecz funduszu zapomogowego i znaczki te należy zaraz w jego obecności zniszczyć na dowód, że po raz drugi nie będą innemu sprzedane. Przedewszystkiem zaś powinny być stemplowane recepty, wydawane chorym, żądającym porady bezpłatnie, a takich ma każdy lekarz w swej praktyce podostatkiem. Nawet dla najuboższego pacyenta wydatek 4 halerzy nie będzie dotkliwym, a z tych drobnych kwot, jeżeli tylko będą stale i powszechnie ściągane, urość mogą, jak wykazuje rachunek, sumy bardzo znaczne i to w stosunkowo bardzo krótkim czasie.

Zrozumiałem jest, że każdy lekarz, jako znający najlepiej stosunki i usposobienie swojej klienteli, musi z początku używać przy tem swego własnego sposobu, jaki uzna za najodpowiedniejszy, dopóki ogół publiczności nie przyzwyczai się do tej nowości.

Gdyby wszyscy lekarze w Galicyi przyjęli ten projekt i gdyby każdy tylko 3 recepty dzienie stemplował, to suma, dziennie zebrana, wynosiłaby: 1300 (liczba lekarzy w Galicyi) × 12 (3 stemple po 4 hal.) = 156 koron, czyli **rocznie 56.940 koron brutto**. Nie chcemy przesądzać, czy projekt znajdzie ogólne zastosowanie u wszystkich bez wyjątku kolegów, ale do próby gorąco zachęcamy tem więcej, że już inne Towarzystwa, jak n. p. „Szkoły ludowej“, wprowadziły na swoje cele takie znaczki i publiczność chętnie te drobne datki składa. Zbierajmy więc i my dla naszych podupadłych materyalnie Kolegów, dla naszych wdów i sierót, nie mających żadnego zaopatrzenia, pilnie ziarnko do ziarnka, dając przykład jedności koleżeńskiej i karnej organizacyi, które jedynie byt nasz poprawić mogą.

Znaczki stemplowe można zamawiać za gotówkę u członka Wydziału kol. Kazimierza Flisa — Kraków, klinika wewnętrzna — za pomocą przekazu pocztowego, przesyłając równocześnie pieniądze na taką liczbę znaczków, ile się żąda. (50 sztuk kosztuje 2 korony).

Z Wydziału Tow. Samopomocy lek.

Generalny sekretarz Dr. Langie. *Prezes Prof. Jordan.*

Położenie materyalne i stanowisko społeczne lekarzy w Galicyi.

(Prace nagrodzone na konkursie „Głosu lekarzy“.)

Położenie materyalne lekarzy praktyków na prowincyi.

(Ciąg dalszy.)

6. Walka lekarza prowincyonalnego z nędzą.

Cóż czyni lekarz prowincyonalny, gdy mu praktyka nie daje dostatecznych dochodów do skromnego utrzymania? Zmuszony jest w ten sposób się urządzić, by ubocznymi dochodami uzupełnić braki, albo musi mniej, lub więcej ograniczyć swe wymogi i zejść poniżej skali minimalnej, którą obliczyliśmy, wyrzec się pewnych potrzeb, chociaż one są pilne i niezbędne dla prawidłowego bytu lekarza, jednem słowem, żyć w nędzy. Ostateczność ta mniej zagraża lekarzowi, będącemu w stanie wolnym, gdyż kawaler potrafi jeszcze utrzymać się przy rocznym dochodzie 3000 koron i są lekarze nieżonaci, którzy istotnie przy bardzo małych dochodach jeszcze coś oszczędzić umią. Dowodzą tego niektóre odpowiedzi na kwestyonaryusz ankiety. Wielu lekarzy w obecnych warunkach uważa małżeństwo za zbytek, na który pozwolić sobie nie można. Ale i przymusowy celibat ma rozliczne niebezpieczeństwa i nieraz sprowadza na kawalera lekarza większe jeszcze ciężary finansowe, niż małżeństwo, a znam także przykłady, że nieuregulowane życie kawalerskie bardzo zaszargało reputacyę kolegi. Nie miejsce tu zresztą na rozpatrywanie dobrych i złych stron celibatu, bo zaznaczam go tylko jako jedno z następstw fatalnych stosunków materyalnych w naszym zawodzie.

Widoki korzystnego ożenku obecnie bardzo zmalały. Gdy jeszcze lekarz miał opinię człowieka, zajmującego intratne stanowisko, chętnie oddawano mu córkę posażną, a jeśli w dodatku mógł liczyć na protekcyę i na zrobienie karyery, przedstawiał pokaźną i pożądaną partyę. Ale obecnie nawet protekcya stała się bezsilną, bo za dużo kompetentów do niej się odwołuje, a gdy położenie materyalne lekarzy graniczy prawie z nędzą, żaden przezorny ojciec nie poświęci córki na poniewierkę losu i przed lekarzem, nie posiadającym pewniejszego zabezpieczenia przyszłości nad dyplom lekarski, pannę ostrzega. Zdarzają się wprawdzie jeszcze bogate ożenki lekarzy, które też wszelkie trudności egzystencyi zaraz rozwikłują, lecz są to już wypadki sporadyczne, a jeśli takiego związku nie skojarzyła prawdziwa miłość i obopólne przywiązanie, lecz złudne nadzieje powodzenia w medycynie, za kulisami życia małżeńskiego czyha na młodą parę niejedna gorycz, a na lekarza niejedno upokorzenie.

Lecz są i takie małżeństwa lekarzy, w których żony pomagają mężom w utrzymaniu domu. Żony lekarzy są nauczycielkami ludowemi *), lub udzielają prywatnie lekcyj języków, gry na fortepianie i t. p. Osoby te zasługują na wszelki szacunek, że poważnie traktują życie i nie mając od męża zabezpieczonych dostatków, wywczasów, swobody, rozrywki, spokoju na starość, lub w razie śmierci męża, imają się pracy ciężkiej, byle tę wspólną łódź życia, na której często i parę drobnych dziatek z nimi płynie, od zatonięcia ratować. Atoli w opinii prowincyonalnej, mało wyrozumiałej, dom lekarza staje się wtedy często przedmiotem politowania i obmowy, a nieraz poza oczy biorą za złe lekarzowi, że pozwala żonie pracować i że go żona „utrzymuje“.

Wielu lekarzy zarabia ubocznie, nieraz w skrytości przed światem, któryby im wziął i to za złe, że całego czasu nie poświęcają wyłącznie medycynie, chociaż ta medycyna głodem swych adeptów chce morzyć.

Znam kilku kolegów, którzy ubocznie zarabiają piórem i są współpracownikami pism peryodycznych. Mają oni sposobność oddziaływać korzystnie na opinię publiczną w obronie interesów zawodowych lekarzy. Są też lekarze prowincyonalni, poświęcający się z pewnem powodzeniem beletrystyce. W odpowiedziach na kwestyonaryusz spotykamy również wzmianki o pracach literackich, jako o pobocznem źródle dochodów.

Wspominano u nas publicznie na zgromadzeniach lekarzy, że niektórzy koledzy, zmuszeni stosunkami, porzucają zawód lekarski i chwytają się jakiegobądź zajęcia, byle żyć można. Mówiono ze zgorszeniem, że lekarze pełnią funkcye kontrolorów Kas chorych. Pod tym względem torują sobie drogę śród lekarzy, zajmujących się medycyną społeczną, zgoła inne poglądy i zdaniem tych lekarzy właśnie lekarz kwalifikuje się najlepiej do zajęcia posady dyrektora, lub kontrolora w Kasie chorych, gdyż na tem stanowisku są bardzo potrzebne wiadomości lekarskie, zwłaszcza z zakresu medycyny społecznej. Bliżej nad tą kwestyą, zresztą dość aktualną, rozwodzić się nie mogę, a interesujących się tą sprawą odsyłam do wybornego podręcznika dra Jaffe'go.**)

Niektórzy lekarze pobierają płace burmistrzów, lub są płatnymi dyrektorami kas zaliczkowych, agentami Tow. wzajemnych ubezpieczeń od ognia i innych instytucyj.

Rozgłosu w prasie krajowej nabrał w roku zeszłym fakt, że jeden z lekarzy porzucił medycynę i objął posadę suplenta w gimnazyum. Znam i innych, którzy o podobnym odwrocie myślą, a powstrzymuje ich tylko pewien wstyd, usprawiedliwiony tem, że u nas tego rodzaju przerzucanie się w zawodach pracy umysłowej jest zjawiskiem, rzadko się przydarzającem i stąd zwracającem powszechną uwagę. Jednak we Francyi takie zdarzenia są podobno częste, że młody lekarz wkrótce po ukończeniu medycyny udaje się na inny wydział i zdobywa sobie daleko korzystniejszą pozycyę na innem polu pracy.

W ogóle wszakże nie doszło u nas jeszcze do tego, by lekarze rzucali się do przedsiębiorstw i zawodów, których wykonywanie przez praktykującego lekarza mogłoby razić zbyt drażliwe poczucie godności i honoru zawodu. Ale w innych krajach austryackich są takie wypadki na porządku dziennym, co zapewne skłoniło Izby lekarskie do przyjęcia w projekcie ordynacyi dla lekarzy §. 25, opiewającego, że „z wykonywaniem praktyki lekarskiej nie może się łączyć prowadzenie takich zatrudnień, które sprzeciwiają się powadze stanu lekarskiego, o czem Wydział Izby ma rozstrzygać“. Fachowe pisma niemieckie doniosły niedawno, że na Śląsku, czy w Morawie, lekarz najął się na zarobek w tartaku. W Wiedniu głośną była w ostatnich miesiącach afera pewnego lekarza, który wszedł w spółkę z fryzyerem i w atelier fryzyerskiem poprawiał damom płeć przez masowanie twarzy. Wyszedł obronną ręką z zatargu z Izbą lekarską, dowodząc, że stosuje swe procedery w sposób zgodny z nauką lekarską. W Pradze jest lekarz, który w godzinach, wolnych od praktyki lekarskiej, udziela lekcyj tańca w szkole tańców, której właścicielem jest jego ojciec. Nic na to nie poradziła Izba lekarska, pomimo wielkiego zgorszenia w kołach koleżeńskich. I żadna też Izba na przyszłość takim zdarzeniom nie zapobiegnie, ani nic na nie nie poradzi, bo zawód, który nie jest w stanie wyżywić pracowników, nie ma wprost etycznej podstawy do ogłoszenia obo-

*) Jedna z nich stała się w r. 1903 przedmiotem napaści w Sejmie krajowym, w interpelacyi, wniesionej przez pos. Potoczka i tow.

**) Dr. Karl Jaffe. Stellung und Aufgaben des Arztes auf dem Gebiete der Krankenversicherung. Jena 1903.

wiązku jakiejś ekskluzywności zawodowej i zarobkowej w tym jedynie zawodzie, klasyfikowanie zaś uczciwej pracy jakiejkolwiek na honorową i niehonorową jest przeżytkiem pojęć średniowiecznych.

Jeśli lekarz pomimo wszelkich wysiłków, pomimo kumulowania posad, pomimo ubocznych zajęć, pomimo pomocy żony, nie może osiągnąć dochodu, potrzebnego do *minimum* egzystencyi, wtedy musi swą nędzę w ten sposób uporządkować, aby przynajmniej z głodu nie zginąć i z budżetu domowego skreśla te pozycye, które nie przedstawiają bezpośredniej konieczności na najbliższe jutro. O amortyzowaniu wkładów pieniężnych na medycynę oczywiście mowy tu już niema. Również nędzarz taki nie ubezpieczy się na wypadek choroby, na wypadek kalectwa, na starość, na wypadek śmierci, bo nie ma z czego opłacać premij asekuracyjnych. A stąd powstający brak pewności jutra dolega bardzo, jak świadczą rozpaczliwe uwagi w niektórych odpowiedziach na kwestyonaryusz. I wobec tak nędznego położenia materyalnego lekarzy postulat przymusowego ubezpieczenia lekarzy jest poprostu mrzonką, gdyż ubezpieczenie nawet przy wydatnej pomocy rządu wymaga znacznych opłat ze strony ubezpieczonego, a opłat tych w razie zaprowadzenia przymusu nie możnaby ściągnąć z biedaka, który może nie ma za co kupić chleba dla rodziny i musi się dziergać długami u miejscowych kupców. Dalej lekarz, będący w kiepskiem położeniu materyalnem, nie należy do Towarzystw lekarskich, nie prenumeruje pism fachowych, nie kupuje książek, ani instrumentów, nie zaznajamia się z szybkim postępem wiedzy lekarskiej, a cofa się wstecz. Jest to szczegół, który zasługuje na baczną uwagę. W odpowiedziach na kwestyonaryusz spotykamy zwierzenia kolegów, że z powodu biedy nie mogą należeć do Tow. lek. gal. i nie czytają żadnego pisma fachowego. Jeden z tych biedaków żali się, że go niestety nawet na „Głos lekarzy“ nie stać. Niedawno toczyła się w łamach „Głosu lekarzy“ ciekawa dyskusya co do obowiązku moralnego każdego lekarza, by przyłączył się do ogólnej organizacyi zawodowej w Towarzystwie Samopomocy lekarzy. Okazało się, że 12 koron rocznej wkładki stanowi dla niejednego ważną przeszkodę!

Gdy nawet po zrzeczeniu się asekuracyi i wszelkiego związku ze współczesną nauką lekarską, jeszcze nie wystarczy lekarzowi dochodów na wydatki, musi się ograniczyć w mieszkaniu, zadowolić się jedną izbą dla prywatnego użytku i drugim pokoikiem na ordynacye, a nadto bardzo oszczędnie odmierzać ilość i jakość pożywienia, nie opalać należycie mieszkania, żałować nafty, prania i t. p. prymitywnych potrzeb codziennych. A jest niestety niejeden w tem położeniu.

Więc, jak kto może, tak bieduje, znosząc los ciężki bez głośnych żalów, z godnością, która przystoi ludziom wykształconym. Na zewnątrz mało słychać skarg, a raczej każdy praktyk prowincyonalny lubi rozpowiadać o bajecznych dochodach z praktyki, sądząc, że przez takie chwalby zasuggestyonuje światu dobre o sobie mniemanie. I dziwna rzecz, jak ludzie, obcy naszemu zawodowi, pospolicie przeceniają dochody lekarza, zbyt często zazdroszcząc rzekomych zysków biedakowi, który ledwie że wyżyć zdoła. Stąd też i wymogi publiczności co do humanitaryzmu lekarza są wielkie. Oburzają się wszyscy, gdy lekarz o godziwą zapłatę się upomni, uważając to za wyzysk, za gwałt. Zwłaszcza zaś wobec ubogich chorych, którymi nie opiekuje się dostatecznie ani gmina, ani kraj, ani rząd, ani dobroczynność publiczna, lekarz ma być z urzędu niejako opiekunem, ma im za darmo poświęcić czas i trudy, ma im dać lekarstwo, nawet ich gotówką zapomódz. Lekarz i tylko lekarz ma wyręczać społeczeństwo, on — nędzarz prawdziwy — ma się dzielić z biedakiem, podczas gdy inni, powołani do zajęcia się nędzą, bez żadnych wyrzutów sumienia o ubogich się nie starają. W całej Europie cywilizowanej przeprowadzono znakomitą miejscami organizacyę opieki nad ubogimi, która przyzywa lekarza, jako stosownie płatnego funkcyonaryusza, a u nas lekarz musi wypełniać posługi względem ubogich bez żadnych pretensyj.

I jeszcze słyszymy od czasu do czasu morały, dla czego nie osiadamy po wsiach. Niewątpliwie lekarz tam w głębi potrzebny, tam się dla niego otwiera misya kulturalna pośród ubogiego ludu i rozległe pole do humanitarnej działalności, lecz humanitaryzm i ideały nie wystarczą do życia, a o bagatelną kwestyę, z czego ten lekarz wyżyje, nie pytają nasi mentorowie i doradcy.

Prawda, że rozmieszczenie lekarzy prowincyonalnych jedynie w stosunku do popytu na pracę lekarską przedstawia przepełnienie w naszym zawodzie i że lud pod względem opieki lekarskiej ma kilkakroć więcej potrzeb, niż ich sam odczuwa, lub jest w stanie zaspokoić własnymi środkami. Ale nie jest rzeczą lekarzy wyrównywać niestosunek między istotną sumą potrzeb sanitarnych i leczniczych ludności a ich uświadomieniem w masach, lub możnością ekonomiczną ich zaspokojenia — tak, jak nikt rozsądny nie wymaga od producentów zboża, by obdzielili chlebem wszystkich głodnych w kraju. Kraj i rząd, jako organizacye społeczeństwa, świadome zadań postępu, powinny tam występować pomocnie, gdzie lud nie zna swego własnego dobra, lub gdzie niema środków do zaspokojenia niezbędnych potrzeb życiowych *). Niechże więc gmina, powiat, kraj, rząd, zabezpieczą byt lekarzom prowincyonalnym, a nie braknie z pewnością ochotników na najustronniejsze posterunki lekarskie.

7. Zaniedbanie prowincyi pod względem zdrowotnym.

Statystyka poucza, że stosunki zdrowotne na prowincyi są u nas bardzo wadliwe, że pracy dla lekarzy byłoby tam wiele, byle ich do niej wezwać i godziwie za nią zapłacić. Sam zaś okrzyk pod adresem lekarzy: idz i pracuj na prowincyi i żyj manną Bożą! jest w swej naiwności śmieszny a opłakanych stosunków nie poprawi.

Na ogół biorąc, podniosła się zdrowotność kraju w ostatnich kilkunastu latach a śmiertelność procentowo znacznie się obniżyła. Lecz szczegółowe rozpatrzenie tablic śmiertelności przekonywa, że prowincya, która z natury ma korzystniejsze warunki zdrowotne, niż miasta, pozostaje w tyle co do zdrowotności poza obiema stolicami kraju i liczbą chorób i wypadków śmierci je przewyższa. I tak w r. 1898 co do wysokości procentowej śmiertelności idą kolejno powiaty: grodecki (42·99‰), nadworniański (39.09%), lwowski (38·85‰), kossowski (37·88‰), kałuski (37·57‰), śniatyński (37·05‰), stanisławowski (36·89‰), kołomyjski (36·48‰), podhajecki (36·36‰), zaleszczycki (36·19‰), rudecki (35·75%) i dopiero następuje miasto Kraków (35·52‰), a miasto Lwów znajdujemy w tym spisie znowu oddzielone od Krakowa kilkoma powiatami i wykazujące śmiertelność 33·51‰. W ostatnich latach skutkiem robót asanacyjnych w wielkim stylu podniosła się jeszcze więcej zdrowotność miast Krakowa i Lwowa tak, że oba te miasta wyprzedzają w postępie zdrowotnym znaczną część prowincyi. Nie mało przyczynia się w tym kierunku także szybko postępujące w miastach uspołecznienie pomocy lekarskiej przez organizacye i rozrost Kas chorych, ambulatoryów bezpłatnych, szpitali, pogotowi ratunkowych.

Prowincya jest stałą siedzibą chorób zakaźnych, które czynią wielkie spustoszenia. Czerwonka, dur plamisty i brzuszny, to choroby prawie specyalnie galicyjskie. Nadto w kilku powiatach Galicyi wschodniej grasuje nagminnie kiła, tworząc rozległe oazy chorobowe, zagrażające wielkiem niebezpieczeństwem całemu krajowi. W wielu podkarpackich gminach zasiedziała się nagminna jaglica, o której rozpowszechnieniu niema nawet dokładnych danych.

Aby porównać, o ile prowincya nasza więcej jest utrapiona epidemiami, niż miasta stołeczne, rzućmy okiem na spis względnego procentu śmiertelności z chorób zakaźnych.

W r. 1899. na 100 osób zmarłych wypadało:

	przeciętnie:	we Lwowie	w Krakowie.
na ospę	0·82	0·36	0·38
„ odrę	3·32	0·26	2·37
„ płonicę . .	4·43	1·45	1·76
„ błonicę . . .	4·34	1.17	2·25
„ koklusz . . .	4·57	0·18	0·86
„ czerwonkę . .	0·90	0·23	0·37
„ dur	1·75	1·06	0·86

Jedynie gruźlica jest przywilejem miast.

Na 100 osób zmarłych wypada zmarłych na gruźlicę:
przeciętnie 11·65 w Krakowie 21·70 we Lwowie 27·26

Zadziwiająco wielką jest na prowincyi śmiertelność dzieci do 5-go roku życia, jakkolwiek na wsi sposób żywienia dzieci w 1-ym roku życia jest odpowiedniejszy, niż w miastach.

Na 100 osób zmarłych w r. 1899 przypada dzieci do 5-go roku życia przeciętnie 54, podczas gdy we Lwowie tylko 36 a w Krakowie 31.

Śmiertelność dzieci w 1-ym roku życia nie o wiele jest w Galicyi większą, niż w Austryi dolnej, w Czechach, lub w Morawie. Tłómaczy się to okolicznością, że u nas ludność wiejska karmi oseski piersią, podczas gdy w krajach fabrycznych niemowlęta często są piersi pozbawione. Tak więc racyonalny sposób karmienia osesków wyrównuje u nas w 1-ym roku życia inne niekorzystne wpływy a między niemi także brak opieki lekarskiej. Lecz w chwili odłączania od piersi te wpływy biorą przewagę i stąd śmiertelność dzieci do 5-go roku życia jest u nas bardzo znaczna, jak to stwierdza wykaz statystyczny, zamieszczony w *Das oesterr. Sanitätswesen* (r. 1903. str. 86) za r. 1900.

1900	Ogólna liczba zmarłych	Liczba dzieci zmarłych: w 1 roku życia	do 5. roku życia
Astrya dolna . .	67,845	21,613	27,919
Austrya górna .	20,125	6.264	7,820
Salzburg . . .	4,935	1,470	1,861
Styrya	31.260	8,685	11,599
Karyntya	9,280	2,544	3,329
Kraina	12,520	3,277	5.153
Tryest	4,907	1,240	1,951

*) Bardzo słusznie powiada dr. I. Polak w dziełku swem pod tyt.: „O znaczeniu sztuki lekarskiej i o stanowisku lekarzy“ (Warszawa 1883), że „państwo tylko obowiązane jest czuwać nad nędzą“, a „filantropia w ogólności na żadnym zawodzie ciążyć nie powinna“.

Gorycya-Gradyska	6,169	1,565	2,609
Istrya	9,379	2,588	4,362
Tyrol	21,753	5,769	7,854
Vorarlberg . . .	2,823	718	870
Czechy . . .	151,802	53,109	68,268
Morawa	60,810	20,716	27,417
Śląsk	18,578	6,427	8,917
Galicya . . .	201,520	76,086	108,518
Bukowina . . .	18,729	6,993	9,901
Dalmacya . .	16,245	4,095	7,502
Suma	658,680	223,159	305,846

Z powyższego zestawienia wynika, że w stosunku do ogółu zmarłych w r. 1900 wynosiła przeciętnie śmiertelność dzieci w Austryi w 1 roku życia 33.87% a dzieci do 5 go roku życia 46·43%, podczas gdy w Galicyi na te okresy życia przypadało 37·75% i 53·85%.

Liczba kalek, mianowicie głuchoniemych i ślepych, jest u nas jeszcze znaczna, a dostarcza ich przeważnie prowincya.

W ciągu roku rodzi się w Galicyi około 7000 dzieci nieżywych, w znacznej części wskutek braku pomocy lekarskiej.

A ile to kobiet traci życie przedwcześnie przy rozwiązaniu, ile traci zdrowie skutkiem niewłaściwego pielęgnowania w połogu.

W Galicyi mała tylko część osób zmarłych bywa oglądaną przez lekarza. Na 1000 osób zmarłych było w r. 1900 nie oglądanych przez lekarza: w Austryj dolnej 2, w Austryi górnej 23, w Salzburgu 21, w Styryi 181, w Karyntyi 229, w Krainie 615, w Tryescie 1, w Gorycyi-Gradysce 558, w Istryi 551, w Tyrolu 65, w Vorarlbergu 38, w Czechach 11, w Śląsku 305, w Galicyi 738, w Bukowinie 658, w Dalmacyi 703, w całej Austryi przeciętnie 317.

I tu więc znachodzimy okropne zaniedbanie naszego kraju, jak zresztą na polu sanitarnym pod każdym względem widoczne. A nie winien tu rzekomy brak lekarzy, gdyż gdyby nawet przyjąć że ludność prowincyonalna ma u nas trzy razy mniej lekarzy niż w Austryi dolnej, nie usprawiedliwiałoby to faktu, że u nas 319 razy tylu umarłych nie podlega oględzinom lekarskim, co w Austryi dolnej.

W ostatnich latach dzienniki krajowe donosiły o wypadkach pogrzebania żywcem osób pozornie zmarłych, a chociaż nie znamy bliższych autentycznych szczegółów, z góry możemy uznać takie wypadki u nas za możliwe, gdyż oględziny zwłok wykonują ludzie prości, nie obznajomieni z objawami śmierci, nieraz w stanie nietrzeźwym zbliżający się do nieboszczyka. A jednak znamiennem jest dla stosunków galicyjskich, że niejednokrotnie lekarze na darmo ubiegali się o przydzielenie im funkcyj oglądaczy zwłok za to samo wynagrodzenie, jakie pobiera oglądacz chłop, zwany na wsi „doktorem“. I petenci przeszli wszystkie instancye, aż do ministerstwa i pomimo poparcia Izby lekarskiej, pomimo wyraźnego przepisu ustawy, otrzymali odmowę*).

Pokaźny też jest u nas procent wypadków śmierci gwałtownej wskutek uszkodzeń ciała. Tak np. w r. 1898 zmarło wskutek okaleczenia w Galicyi 1.696 osób, samobójców było 381, zamordowanych 143. Jako znawca sądowy dokonywałem nieraz sekcyi osób, zmarłych skutkiem zabroczenia z niezbyt wielkiej rany, gdzie założenie stosownej opaski mogło życie uratować. Także sprawozdania urzędowe inspektorów przemysłowych **) stwierdzają u nas niestosunkowo wielką liczbę wypadków nieszczęśliwych przy pracy, zwłaszcza w przemyśle drzewnym, a z pewnością wiele ofiar tych wypadków dałoby się uratować przy wczesnej interwencyi lekarza prowincyonalnego, wielu zaś wypadkom zapobiedz przez stały nadzór lekarski nad urządzeniami fabrycznemi i nad sposobem wykonywania przemysłu.

O hygienie mieszkań, o dobrej wodzie do picia, o racyonalnem usuwaniu nieczystości, o oględzinach bydła i mięsa, o kontroli nad handlami środków żywności niema nawet mowy w mniejszych gminach galicyjskich, lub czyni się tylko zadość szablonowi biurokratycznemu, poruczając te czynności osobom zgoła nie ukwalifikowanym.

Pracy więc dla lekarzy na wsiach jest bardzo dużo, ale nie można bezwarunkowo żądać, aby do tej pracy garnęli się lekarze za darmo, nie mając z czego najskromniej utrzymać rodziny. A i od tego ludu wieśniaczego, biednego, ciemnego, bałamuconego średniowiecznymi przesądami, nie można wymagać, by na własny koszt starał się o opiekę i pomoc lekarską. Nawet światły i zamożniejszy gospodarz nie jest w stanie częściej sprowadzić lekarza, bo taka jedna wizyta powoduje już wydatki stosunkowo znaczne. Policzmy dwukrotną furmankę po lekarza i z lekarzem do miasta, o parę mil oddalonego, myta, honoraryum lekarskie, aptekę, jakiś kawałek mięsa na rosół dla chorego, może i flaszkę lepszego wina, a wypadnie pokaźna dla włościanina kwota dwudziestu, lub więcej koron. Tu więc społeczeństwo, kraj, rząd, powinny dopomódz ludności do wybrnięcia z tych fatalnych stosunków, a stać się to może jedynie przez kreowanie stale płatnych, a gęsto rozrzuconych posad lekarskich. Jeden lekarz okręgowy na 15 lub 20 tysięcy ludności nie sprosta zadaniu.

W innych krajach przypada 1 lekarz okręgowy na 3 lub 4 tysiące ludności.

Aby opiekę lekarską udostępnić szerszemu ogółowi biednej ludności rolniczej naszego kraju, aby wydrzeć ten nędzny, zacofany lud ze szponów znachorstwa i kuglarstwa leczniczego, byłaby jedna rada, która u nas niestety jest bardzo daleką od urzeczywistnienia. Należałoby rozszerzyć ustawę o zabezpieczeniu na wypadek choroby także na ludność rolniczą i stworzyć organizacyę powszechnych rolniczych Kas chorych, z zastosowaniem jednak warunków, które stan lekarski przy podobnej reformie w obronie interesów i rozwoju zawodu i nauki lekarskiej stawia. Jeśli organizacya Kas chorych ma zadanie humanitarne, by dopomódz ekonomicznie słabej jednostce do rychłego podźwignięcia się z choroby i zapewnić jej rozumną pieczę lekarską, to u nas, w kraju rolniczym, zadanie to przedewszystkiem na prowincyi, śród ludności wiejskiej jest społecznem wskazaniem. W głębi Rosyi (np. gubernia Twerska) jest w ten sposób medycyna uspołeczniona, że lekarz, stale i należycie płatny, jest do dyspozycyi każdego chorego w jego okręgu.

Tymczasem zamiast popierać lekarzy, zamiast ułatwiać im egzystencyę w trudnych warunkach prowincyonalnych, widzimy, że u nas czynniki rządowe i autonomiczne chcą tylko jak najwięcej na lekarzach zaoszczędzić. W dziennikach trąbi się, że kraj na lekarzy okręgowych i gminnych wydaje rocznie aż 300.000 kor., a rozgłaszający te cyfry są widocznie przekonani o wielkiej rozrzutności kraju na cele zdrowotne, podczas gdy w stosunku do rozległych zadań i obowiązków kraju na tem polu jest to zaledwie drobna cząstka wskazanych i koniecznych wydatków*). Nowych okręgów sanitarnych się nie tworzy, lub postępuje się w organizacyi okręgowej służby zdrowia tak żółwim krokiem, że, jak mówi ludowe przysłowie, „nim słońce wejdzie, rosa oczy wyje“. Nie myśli się o zabezpieczeniu emerytury dla lekarzy autonomicznych, tudzież pensyj dla wdów i sierót po nich. Nadto zmniejsza się jeszcze należytość za szczepienie, i tak skromnie, bardzo skomnie odmierzoną.

Sądy przesłuchują lekarza bezpłatnie w roli świadka na okoliczności, które tylko jako rzeczoznawca stwierdzić może. W ten sposób pozbawia się lekarza należnej mu zapłaty za świadczenie sądowo-lekarskie, a nadto naraża się go niejednokrotnie na koszt podróży i stratę czasu. Taksa sądowo-lekarska nie może się doczekać reformy, którą słuszność wskazuje, a chociaż niektóre pozycye tej taryfy podwyższono przy postępowaniu karnem, pozostawiono sędziom wielką dowolność w klasyfikowaniu wysokości należytości. Przy sądach powiatowych nadaje się lekarzom posady lekarzy więziennych, połączone z licznymi obowiązkami, za wynagrodzeniem 30 lub 40 złr. rocznie, odrzucając żądania wyższej zapłaty.

Świeżo wydane przepisy o tłumieniu epidemij i obostrzenie obowiązku o donoszeniu o chorobach zakaźnych powiększają znacznie zakres bezpłatnych czynności lekarskich, nie dając w zamian żadnego odszkodowania.

Posady lekarzy kolejowych na pnowincyi, wymagające rozległej pracy służbowej, przynoszą lekarzowi roczną remuneracyę w kwocie 200, 300, lub 400 koron.

Na każdym kroku widzimy oszczędzanie na lekarzach, graniczące z wyzyskiem i zdzierstwem, a z drugiej strony obarczanie lekarzy coraz nowymi obowiązkami.

Czującemu pokrzywdzenie nie wolno się nawet upomnieć w drodze legalnej, przez rekurs do władz wyższych, gdyż przez to ściąga na siebie represye niższych instancyj. Tak np. Wydział krajowy po prostu wykluczył od czynności szczepienia niektórych lekarzy za to, że przeciw bezprawnemu ich zdaniem zredukowaniu diet z 7 na 6 koron, wnieśli rekursy do ministerstwa! Postępuje się więc zupełnie tak samo z lekarzami, jak przedsiębiorca wobec niezorganizowanych robotników, który mowi do nich: „nie chcecie pracować za cenę, którą ofiaruję, to idźcie precz, znajdę innych“. Korzysta się z nadmiaru sił lekarskich, aby cenę pracy obniżyć poniżej skali, którą słuszność wskazuje.

Oprócz tego rząd patrzy obojętnie, gdy u nas lekarzowi prowincyonalnemu zabierają praktykę znachorzy i guślarze, tudzież różni partacze amatorzy. W innych krajach monarchii zarówno władze sądowe, jak administracyjne chwyciły się w ubiegłych latach najsurowszych środków w celu poskromienia partactwa leczniczego**), podczas gdy u nas uprzywilejowani partacze cieszą

*) Porównaj: Sprawozdanie ostatnie Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej i korespondencye w „Głosie lekarzy“.

**) Patrz: Berichte der k. k. Gewerbe-Inspektoren über ihre Amtsthätigkeit im Jahre 1902. — Bericht über den XVI. Aufsichtsbezirk (Amtssitz Lemberg) str. 624. W r. 1900 w jednym tylko okręgu inspekcyjnym lwowskim było w przemyśle drzewnym aż 259 wypadków.

*) W tak małym kraiku, jak Austrya dolna, wydaje się rocznie na lekarzy gminnych 450,000 K, a obecnie zabierają się tam do reformy gminnej służby sanitarnej, preliminując koszty tej reformy rocznie na $1\frac{1}{2}$ miliona koron.

**) Reskr. nam. w Morawach z 16. września 1899, rozporządzenie namiest. w Czechach z 3. sierpnia 1900, rozporządzenie rządu krajowego w Śląsku z 23. października 1903 itd.

się protekcyą i obroną osób i sfer wpływowych. Mógłbym na to dostarczyć gorszących dowodów.

Wreszcie i śruba fiskalna dobrze naciska lekarza, gdyż komisye podatkowe dowolnie oceniają dochód z praktyki lekarskiej i przypisują lekarzowi podatek, nie będący w żadnej proporcyi słusznej do jego zarobku.

Jakże się więc dziwić można, że w takich stosunkach lekarzowi prowincyonalnemu trudno się utrzymać?

(C. d. n.)

Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych.

(Ciąg dalszy.)

IV.

Jeszcze w r. 1896 powziął Wiec Izb lekarskich w Wiedniu uchwałę, że należy wnieść od Izb memoryał do Rady państwa i do rządu, z przedstawieniem niezbędnych zmian w ustawie z 30. marca 1888 o ubezpieczeniu robotników na wypadek choroby. W roku 1897 zwołało ministerstwo spraw wewnętrznych ankietę w sprawie rzeczonej reformy, a do ankiety powołano także ekspertów lekarzy, którzy żądania stanu lekarskiego wyjaśnili. W następnych latach wybrały Izby austryackie lekarskie komitet, złożony z prezydyów Izb: morawskiej, dolno-austryackiej i wiedeńskiej, któremu poruczono czuwać nad interesami stanu lekarskiego w sprawie Kas chorych. Komitet wypracował petycyę i obszerny memoryał. Petycya ta streszcza żądania lekarzy austryackich co do Kas chorych, a wniosła ją do Izby posłów za pośrednictwem pos. Alwina Hannicha w dniu 18. lutego 1903 wiedeńska Izba lekarska w imieniu wszystkich Izb. Opiewa ona, jak następuje:

Wysoka Izbo! Ustawa z d. 30. marca 1888 o zabezpieczeniu robotników na wypadek choroby, która to ustawa już od 15 lat istnieje, oddziałała bardzo niekorzystnie na stan lekarski zarówno w kierunku materyalnym, jak w kierunku społecznym. Przepisane w tej ustawie obowiązkowe przystąpienie do Kas chorych także osób, dobrze się mających i nieograniczona możność przystąpienia do nich nawet osób bogatych, zabrały lekarzom wielką część praktyki prywatnej, niezbędnej do ich egzystencyi. Licha płaca za czynności lekarskie, przeciążenie pracą przez przydzielanie zbyt wielkiej liczby członków kasy, przyniosło ciężką krzywdę tym lekarzom, którzy przyjęli posady w Kasach chorych.

Z powodu zupełnego ignorowania lekarzy przy wdrożeniu ustawy o zabezpieczeniu na wypadek choroby okazały się bezowocnemi najgorliwsze usiłowania i częste narady, które przedsiębrały Izby lekarskie i inne korporacye lekarskie we wszystkich krajach monarchii w tym celu, aby stosunek lekarzy do Kas chorych uregulować w jakiś możliwie zadowalający sposób.

Memoryał, który wszystkie Izby lekarskie w r. 1898 doręczyły J. E. ówczesnemu prezydentowi ministrów hr. Thunowi, przedstawił dokładnie wpływ Kas chorych na interesy lekarzy i domagał się nagląco zmiany ustawy o Kasach chorych, przy słusznem uwzględnieniu zadań i stanowiska lekarzy.

Także niedawno odbyty w Wiedniu nadzwyczajny Wiec Izb lekarskich, na którym były reprezentowane przez delegatów wszystkie austryackie Izby lekarskie, zaznaczył stanowczo, że obowiązujące przepisy ustawowe o ubezpieczeniu na wypadek choroby nie dadzą się utrzymać i jednogłośnie żądał zmiany ustawy.

Lekarze już nie mogą i nie chcą poddawać się temu ciężkiemu uciskowi, który Kasy chorych w dzisiejszej formie na nich wywierają.

Kasy chorych są główną przyczyną nagłego upadku stanu lekarskiego, co już z tego wynika, że właśnie od czasu istnienia Kas chorych pogorszyły się w sposób zatrważający stosunki zarobkowe i podupadło poważanie, którem się stan lekarski dotąd cieszył. Kasy chorych ponoszą też w tem część winy, że właśnie w ostatnich latach przybrał takie rozmiary brak uznania dla działalności lekarskiej i lekceważenie umiejętności lekarskiej nie tylko ze strony niewykształconych klas ludności, lecz także ze strony inteligentnych stanów i korporacyj, które tę wzgardę rozmyślnie publicznie okazują.

Czyż nie byłoby rzeczą naturalniejszą i słuszniejszą, aby lekarzy i ich działalność spotykało w tym samym stopniu wyższe i powszechniejsze uznanie, o ile właśnie w ostatnich lat dziesiątkach medycyna i chirurgia mogą się pochlubić najświetniejszymi wynikami, które naukowym badaniom zawdzięczają.

A jeśli lekarze tak, jak dawniej, mają się oddawać swemu zawodowi z poświęceniem i z powodzeniem, to muszą w swem działaniu znaleźć ten szacunek i uznanie, który bezwarunkowo jest konieczny do skutecznego wykonywania ich zawodu.

Stać się to zaś może tylko wtedy, gdy ustawodawstwo, przeświadczone o potrzebie dzielnego i uzdolnionego stanu lekarskiego, będzie miało te względy na interesy lekarskie, które mieć powinno dla stanu, niezbędnego wprost dla dobra ludnośći.

Odwołując się tedy do memoryału, załączonego do niniejszej petycyi, zwracamy się w imieniu wszystkich lekarzy w Austryi, reprezentowanych w Izbach lekarskich, do Wysokiej Izby z poważną i naglącą prośbą, aby zwróciła należytą uwagę na interesy lekarzy przy reformie ustawy w sprawie ubezpieczenia na wypadek choroby, bądź to przy sposobności rewizyi obecnej ustawy, bądź też przy uchwalaniu nowej ustawy i by następujące żądania uznała za słuszne i uwzględniła.

Żądania te są mianowicie:

I. Przynależność do Kas chorych należy uczynić zależną od dochodu osoby, mającej się zabezpieczyć.

1) *Obowiązek* ubezpieczenia powinien być ustanowiony tylko przy dochodzie rocznym do wysokości 2000 koron, natomiast obowiązek ten należy rozszerzyć na wszystkich robotników i funkcyonaryuszy, nie mających rocznego dochodu 2000 koron.

2) *Prawo* ubezpieczenia się (dobrowolne przystąpienie do kasy) ma być zupełnie zniesione, lub dozwolone również tylko do wysokości 2000 kor. rocznego dochodu.

3) *Dalsze trwanie* ubezpieczenia w Kasach dla chorych ma ustać także względem osób, które dawniej były do ubezpieczenia się obowiązane, z chwilą, gdy ich dochód roczny przekroczy granicę 2000 kor.

II. W ustawie powinno się wyraźnie wypowiedzieć, że bezpłatne leczenie możliwe jest także według systemu wolnego wyboru lekarzy; dla miejscowości, liczących więcej, niż 20.000 mieszkańców, powinno się określić ten sposób służby lekarskiej jako regułę.

III. Należy do ustawy lub do wzoru statutu przyjąć przepisy co do odpowiedniego wypłacania honoraryów za czynności lekarskie w Kasach dla chorych. Wysokość honoraryów mają ustanowić Izby lekarskie w porozumieniu z Kasami chorych, przy czem w razie wynagrodzenia od każdego wypadku chorobowego trzeba ustanowić osobną taryfę za poszczególne czynności, a przy wypłacaniu ryczałtu ustalić roczną sumę ryczałtu według liczby ubezpieczonych.

Te postanowienia co do honoraryów należy przyjąć do dyrektyw, według których mają lekarze zawierać umowy z Kasami chorych.

IV. Kasy, które nie zaprowadzą wolnego wyboru lekarza, lecz poruczą służbę lekarską pewnym lekarzom kasowym w poszczególnych okręgach, należy ustawowo zobowiązać, aby liczba ubezpieczonych, przeznaczona dla jednego lekarza do ewentualnego leczenia w razie choroby, ograniczała się do 800, a najwyżej 1000, przez co zapobiegnie się przeciążeniu lekarzy kasowych, a wskutek tego pokrzywdzeniu członków kasy.

V. W celu zabezpieczenia prawnego stanowiska lekarzy kasowych w tych Kasach dla chorych, które mają tylko pewnych stałych lekarzy kasowych, należy powziąć następujące postanowienia:

1) Ustanowienie lekarzy kasowych następuje tylko na podstawie umowy, prawnie obowiązującej.

2) Dyrektywy, według których te umowy mają przychodzić do skutku, mają ustanowić odnośne Izby lekarskie w porozumieniu z Kasami chorych.

3) Kasy chorych wydadzą co do służby lekarzy kasowych instrukcye, które w porozumieniu z Izbami lekarskiemi opracują.

4) Dla sporów między Kasami chorych i lekarzami kasowymi będzie ustanowiony sąd polubowny, do którego ma być powołany z prawem zasiadania i głosowania delegat Izby lekarskiej.

5) Przed oddaleniem z posady lekarza kasowego ma Kasa dla chorych obowiązek zasięgnąć opinii Izby lekarskiej. Oddalenie w drodze kary może nastąpić tylko za zgodą Izby lekarskiej.

6) Kasy chorych będą obowiązane zawiadamiać Izbę lekarską o obsadzie posad lekarzy kasowych, tudzież o treści umowy, którą z lekarzami zawrzeć zamierzają.

Co do majsterskich Kas dla chorych, pozwalamy sobie w wykonaniu jednomyślnie powziętej uchwały na nadzwyczajnym Wiecu Izb lekarskich w Wiedniu w dniu 25. maja 1901 podnieść żądanie, aby ustawę, upoważniającą do zakładania majsterskich Kas dla chorych w tym kierunku zmieniono, że Kasy majsterskie dla chorych mają obowiązek udzielać członkom podczas choroby zasiłku pieniężnego (Krankengeld), ale nie mają prawa udzielać im leczenia“.

(C. d. n.)

Taryfa lekarska.

IV.

W Niemczech, jak to już nadmieniłem, stosunek lekarza do chorego uważa ustawodawstwo jako oparty na wzajemnej ugodzie i dopuszcza ułożenie się lekarza z chorym o wysokość wynagrodzenia. W tych zaś wypadkach, w których nie porozumiały się obie strony co do honoraryum, obowiązuje taryfa, ustanowiona przez centralną władzę krajową.

W taryfie pruskiej, bardzo szczegółowej, ustanowiono za każdą czynność lekarską minimalne i maksymalne wynagrodzenie. W granicach określonego minimum i maximum może lekarz w każdym wypadku oznaczyć swe pretensye stosownie do okoliczności, a mianowicie, odpowiednio do pracy i do położenia majątkowego pacyenta, a nawet może obie granice przekraczać. Jeśli jednak między lekarzem i stroną nie przyszło do ugody, przyznającej wyższą jeszcze należytość, chory nie jest obowiązany do wyższej zapłaty ponad wyznaczoną w taryfie maksymalną cenę i tem zadowolić się muszą nawet najsłynniejsi specyaliści. Lekarz, który pozycye taryfy uważa za niedostateczne, powinien przed rozpoczęciem leczenia podać swe warunki, a gdy się na to chory zgodzi, nabierają one znaczenia prawnego.

Minimalną należytość obowiązany jest lekarz policzać osobom, które wykażą swą niezamożność, i organizacyom dla ubogich tudzież w tych wypadkach, gdy koszt leczenia pokrywa fundusz państwowy, zakład dobroczynny, kasa bracka albo kasa chorych, Wszelako i w tym razie przypada lekarzowi wyższa należytość, jeśli czynność lekarska była połączona ze szczególnemi trudnościami lub ze znaczniejszą stratą czasu.

Ogólna część taryfy zasługuje na naszą uwagę, bo podaje ona z wielką precyzyą pęwne zasady przy obliczaniu należytości lekarskiej, które i u nas mogą mieć zastowanie. Przy tem już z tej ogólnej części możemy sobie wytworzyć pojęcie, jak oceniają pracę lekarza w Prusiech. Podajemy więc tę część taryfy pruskiej w dosłownem tłómaczeniu.

„Za czynności, oznaczone w następujących pozycyach, przypada podana poniżej należytość :

	marek:
1. Pierwsza wizyta lekarza u chorego . . .	2 do 20.
2. Każda następna wizyta podczas tej samej choroby	1 „ 10.
3. Zasięgnięcie pierwszej porady w domu lekarza	1 „ 10.
4. Każda następna konsultacya w tej samej chorobie	1 „ 5.

5. Należytość za wizytę względnie za poradę obejmuje już także badanie i ordynacyę lekarską.

Jeśli jednak ma miejsce szczegółowe zbadanie przy użyciu wziernika ocznego, krtaniowego, usznego, pochwowego lub mikroskopu, można za to osobno policzyć 2 do 5 marek.

6. Za wizyty lub porady w ciągu dnia (por. Nr 10), przy których przedsiębierze się czynności, ocenione w tej taryfie powyżej 10 marek, nie można policzać osobnej należytości.

7. Jeśli lekarz musi dłużej, niż $1/2$ godziny zabawić u chorego czy to z powodu właściwości wypadku chorobowego, czy też na żądanie chorego, lub jego otoczenia, przysłuża mu za każde następne, choćby tylko rozpoczęte pół godziny należytość 1.50 do 3 mk. Należytość ta odpada, jeśli już przy obliczeniu należytości za wizytę porachowano odszkodowanie za stratę czasu, przez wizytę spowodowaną.

8. Więcej, niż dwie wizyty na dzień, można zaliczać tylko wtedy, jeśli się je uskutecznia za zgodą chorego lub jego rodziny, lub gdy tego wypadek chorobowy wymaga.

9. Jeśli leczy się równocześnie więcej osób chorych, należących do tej samej rodziny i znajdujących się w tem samem mieszkaniu, to dla drugiej z porządku i dla każdej następnej osoby zniża się należytość do połowy cen, pod 1 i 2 podanych.

Dalej przysługuje;

10. Za wizyty lub porady w czasie między godziną 9 tą wieczór a 7-mą rano podwójna lub potrójna należytość za czynności, podane pod Nr 1 do 4 i pod Nr 7. W każdym razie należytości, podanej pod Nr 2 nie można poniżej 3 mk. oceniać

11. Za wizyty, które na żądanie chorego lub jego rodziny uskuteczniono natychmiast, lub w oznaczonej godzinie przysłuża podwójna wysokość należytości, podanej pod Nr 1 i 2.

12. Za ustną naradę dwóch lub kilku lekarzy przypada każdemu z nich (łącznie z należytością za wizytę) . 5—30 mk.

13. Za powtarzające się narady w tym samym wypadku chorobowym, za drugą i każdą następną naradę po 5—20 mk.

14. Dla każdego lekarza, wezwanego do pomocy przy innych czynnościach lekarskich (operacye itd.) po 5—20 mk.

15. Za czynności pod Nr 12, 13. 14, w porze nocnej (porów. Nr 10) przypada podwójna należytość.

16. Za fiakra i za stratę czasu w drodze do chorego z reguły nie przysłuża lekarzowi osobne odszkodowanie przy wizytach, dokonywanych w miejscu zamieszkania lekarza, jednakże okoliczności te mogą być uwzględnione przy obliczaniu należytości za wizytę w granicach pozycyj, podanych pod Nr 1 i 2.

17. Natomiast w wypadkach, podanych pod Nr 10, 11, 12, 13, 14 i 15, może lekarz nawet w obrębie miejsca zamieszkania, jeśli mieszkanie chorego jest od mieszkania lekarza nie mniej oddalone, niż 2 km., policzać oprócz należytości za wizytę także koszt fiakra jako też odszkodowanie za stratę czasu w drodze, a mianowicie za każde rozpoczęte pół godziny w wysokości 1.50 do 3 mk.

18. Jeśli chory jest poza miejscem zamieszkania lekarza, a mianowicie nie bliżej, niż 1 km. od granicy tej miejscowości, i niż 2 km. od mieszkania lekarza, ma lekarz oprócz neleżytości za wizytę do policzenia także wynagrodzenie kosztów podróży. Przy użyciu własnego powozu należy obliczyć to odszkodowanie według miejscowej taryfy dorożkarskiej. Wolno także policzyć tę należytość, jeśli lekarz nie użył fiakra do podróży.

19. Przy podróży koleją przypada koszt II. klasy, przy podróży parowcem koszt kajuty I. klasy a nadto za dojazd i odjazd do stacyi po 1.50. mk.

20. Oprócz tego w wypadkach pod Nr 18 ma lekarz prawo żądać odszkodowania za stratę czasu w podróży, a mianowicie po 1.50 do 4 mk. za każde rozpoczęte pół godziny jazdy.

21. Za podróże, które dłużej trwają, niż 10 godzin, policza się oprócz zwrotu kosztów podróży wynagrodzenie w kwocie 30 do 150 mk. za 1 dzień, w czem mieści się także odszkodowanie za stratę czasu. Za czynność lekarską należy osobno wynagrodzić.

22. Gdy lekarz poza miejscowością zamieszkania odwiedza kilku chorych (Nr 18) w podróży okrężnej, należy wszystkie koszty furmanki i za stratę czasu w stosowny sposób rozdzielić między poszczególnych chorych.

23. Jeśli przy sposobności wizyty lekarskiej (Nr 18, 19, 20, 21, 22) zgłaszają się do lekarza jeszcze inni chorzy, to przysłuża mu należytość, podana pod Nr 1 i 3.

24. a) krótkie poświadczenie zdrowia lub choroby pewnej osoby.	2—3 mk.
b) dokładne sprawozdanie o chorobie	3—10 „
c) umotywowane orzeczenie	9—30 „
25. List, napisany w interesie wyleczenia chorego	2—10 „
26. Oględziny zwłok, także z krótkiem potwierdz niem na piśmie oprócz należytości za wizytę . .	3—6 „
27. Sekcya zwłok na wniosek strony prywatnej	10—30 „
28. Pisemny wywód sekcyi zwłok . . , . .	3—10 „
29. Zabiegi w celu ocucenia pozornie zmarłego (bez ewentualnego leczenia następnego)	4—20 „
30. Szczepienie ochronne przeciw ospie. (Łącznie z rewizyą i z wydaniem świadectwa szczepienia) . .	3—6 „
31 Jeśli szczepi się razem osoby, przynależne do tego samego domu i w tym samym lokalu, każdą osobę	1—2 „
32. Nadzór przy kąpieli	2—10 „
33. Wykonanie narkozy	5—10 „

Jeśli narkozę uskutecznia się w celu wykonania operacyi, za którą ma lekarz prawo żądać należytości nie mniejszej, niż 10 mk., nie należy się za narkozę osobne wynagrodzenie.

34. Masaż	2—5 „
35. Wodolecznicze zawinięcie	2—10 „
36. Zastosowanie prądu stałego lub indukcyjnego	2—10 „
37. Podskórne wstrzyknięcie leków (oprócz należytości za lekarstwo), wstrzyknięcie do cewki moczowej, lewatywa	1—3 „
38. Założenie świeczki (bugie), sondy odbytnicowej z wlewaniem płynów, lub bez, lub z podobnemi czynnościami	2—10 „
39. Założenie sondy żołądkowej	3—10 „
40. Ten sam zabieg przy zwężeniach przełyku lub przy zastosowaniu przepłókania żołądka	5—10 „

41. Narzędzia lub środki opatrunkowe, które dozwalają tylko na jednorazowe użycie, albo które z powodu szczególnych okoliczności musiano zniszczyć, albo które chory do dalszego użytku dla siebie zatrzymuje, należy lekarzowi dostarczyć, lub według ich wartości za nie zapłacić.

42. Jeśli czynności pod Nr 35 do 40 wykonywa się stale przez dłuższy czas w tej samej chorobie, to należy policzyć pełną należytość tylko za pierwsze trzy razy, a za każdy następny raz tylko połowę, jednak nie mniej, niż 1 mk.

43. Puszczenie krwi	2—6 „

(C. d. n.)

Sprawa szpitalika św. Zofii.

Po dłuższych pertraktacyach przyszło do porozumienia, którego warunki wyjaśnia następujące pismo prof. Raczyńskiego:

Do

Szanownego Komitetu Tow. szpitala dla ubogich dzieci im. św. Zofii we Lwowie.

Zgodnie z życzeniami memi, wyrażonemi w piśmie, które na wezwanie Sz. Komitetu wniosłem z Krakowa dnia 5. marca b. r., otrzymałem od Sz. Komitetu nominacyę na Dyrektora szpitala dla ub. dzieci im. św. Zofii i prymaryusza na oddziale chorób wewnętrznych i zakaźnych. Gdy jednak po przybyciu do Lwowa i objęciu mych obowiązków przekonałem się, że z jednej strony nominacya ta dała powód do niezadowolenia wśród pewnego grona mych kolegów, z drugiej, że cel mój, dla którego dążyłem do takiej właśnie nominacyi, da się osiągnąć nawet po zrzeczeniu się przezemnie pewnych funkcyj, objętych tą nominacyą, przeto

proszę niniejszem o zmodyfikowanie zakresu obowiązków, mnie pierwotną nominacyą poruczonych, do następujących granic:

I. Dyrekcyi szpitala im. św. Zofii nie chciałbym się podjąć na czas dłuższy, niż lat 3 (trzy), licząc od daty mej pierwotnej nominacyi, spodziewam się bowiem, że w ciągu tego czasu podjęte i wykończone będą budynki dla celów kliniki, przez wys. Rząd budować się mające. Gdyby atoli w tym okresie czasu budynki te zostały wprawdzie rozpoczęte, ale jeszcze nie ukończone, przysługiwać mi będzie prawo przedstawienia Kom. Tow. potrzeby pozostawienia dyrekcyi szpitala w mych rękach aż do ukończenia powyższych budowli. W żadnym jednak razie ten okres dodatkowy nie mógłby przekroczyć dwóch lat.

II. Przekonawszy się na miejscu, że w Szpitalu św. Zofii oprócz dwóch sal (V. i VI.), zastrzeżonych na powstać mającą klinikę pediatryczną, w których znajdują pomieszczenie dzieci z chorobami wewnętrznemi, znajdują się jeszcze 2 sale (VII. i VIII.), mieszczące obecnie dzieci chore na choroby oczne, skórne i t. d., chętnie zrzekam się prawa ordynowania na tych dwóch ostatnio wymienionych salach, a natomiast proszę o potwierdzenie przyznanych mnie już praw:

a) lekarza ordynującego w dwóch salach, w których mieszczą się dzieci z chorobami wewnętrznemi, a przeznaczonych na powstać mającą klinikę chorób dzieci;

b) lekarza ordynującego na oddziale chorób zakaźnych;

c) kierowania ambulatoryum w czasie trwania kursów uniwersyteckich dla słuch. medyc. lub lekarzy, t. j. od 1. października do końca lipca każdego roku. (Po wybudowaniu budynku klinicznego, klinika pediatr. mieć będzie swoje ambulatoryum).

III. Wysokość remuneracyi za te czynności lekarskie oznaczy komitet Tow. szpit. św. Zofii.

IV. Szczegóły co do przyjmowania dzieci chorych do szpitala i poszczególnych oddziałów uregulowane zostaną przez Sz. Komitet Towarzystwa na wniosek dyrekcyi po porozumieniu z innymi ordynatorami szpitala, z zastrzeżeniem prawa wyboru chorych dla mego oddziału.

Lwów, 27. maja 1904.

Dr. Raczyński m. p.

W sprawie duru plamistego.

Pojawiające się tak w lekarskich, jak i w innych czasopismach, lakoniczne wzmianki, że w tej a tej miejscowości zmarł ten a ten lekarz na dur plamisty, nasuwają myśl, że jeżeli nie jesteśmy w możności za pomocą ochronnego szczepienia i innych środków zapobiegawczych zabezpieczyć się od zakażenia durem plamistym, i gdy w razie dotknięcia tą chorobą jesteśmy często na śmierć skazani, powinniśmy przynajmniej poczynić u władz energiczne starania o to:

1. by nie tylko w razie śmierci, lecz też podczas choroby i długotrwałej zwykle rekonwalescencyi — nie tylko żona i dzieci, lecz też i dalsza, przez lekarza utrzymywana rodzina, została odpowiednio zabezpieczoną, a to drogą osobnej ustawy, gdyż rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych i skarbu z 8 maja 1857 Nr. 95 Dz. u. p. nie jest wystarczającem i oddaje nas na łaskę lub niełaskę władz rządowych, względnie osobistości, takową reprezentujących;

2. by nie tylko lekarze użyci przez rząd do tłumienia epidemii duru plamistego, mieli prawo do zabezpieczenia swych rodzin na wypadek choroby lub śmierci, lecz też wszyscy lekarze wolnopraktykujący, jeśli zostanie udowodnionem, iż choroby tej nabawili się z powodu wykonywania swych zawodowych obowiązków;

3. by do tłumienia epidemii duru plamistego, podobnie jak epidemii cholery, delegowano tylko tych lekarzy, którzy się na to zgodzą, gdyż lekarz, posiadający niezabezpieczoną rodzinę, musi się powodować względami na jej los na wypadek swej śmierci;

4. by dzienne wynagrodzenie lekarzy, użytych do tłumienia epidemii duru plamistego, szczególnie wobec okólnika Prezydyum c. k. Namiestnictwa we Lwowie z d. 13 kwietnia 904. L. 4837, dorównywało co najmniej wynagrodzeniu lekarzy, delegowanych do tłumienia cholery, która przecież nie jest dla lekarza w tym stopniu pod względem zakażenia się niebezpieczną, jak dur plamisty; dotychczasowe wynagrodzenie jest śmiesznie nizkie. Lekarz, delegowany do duru plamistego, odwiedzając w ciągu dnia chorych i wąchając wstrętne wyziewy w zadusznych izbach włościańskich lub żydowskich, może przy istniejącem obecnie wynagrodzeniu zarobić co najwyżej 10 koron i to naturalnie zaoszczędziwszy na kilometrowem. Czyż to można nazwać odpowiedniem wynagrodzeniem w ogóle — a w szczególności, jeżeli się zważy:

a) że lekarzowi, delegowanemu do duru plamistego, jak żołnierzowi na wojnie, śmierć zagląda ciągle w oczy,

b) że musi mieć na objazdy osobny ubior i poświęcić go na zniszczenie przez ustawiczne używanie środków desinfekcyjnych,

c) że wróciwszy do domu, musi przynajmniej przez pół godziny dezinfekcyonować się, nie chcąc zarazić swych domowników, względnie chorych, których odwiedza,

d) że traci na praktyce, gdyż publiczność, dowiedziawszy się, że lekarz ma do czynienia z durem plamistym, niechętnie go wzywa i w ogóle unika.

5. W końcu należałoby, mojem zdaniem, wezwać rząd, by podobnie jak już uczynił, wysyłając ekspedycyę naukową do Indyj w celu badania zarazka dżumy, zrobił to samo i tu, wysyłając taką ekspedycyę do Galicyi w celu badania zarazka duru plamistego, który tak ludność, jak i lekarzy dziesiątkuje i jest jedną z najstraszniejszych plag w kraju.

Zborów 25. maja 1904.

Dr. Skórski.

Dopisek redakcyi. Wszystkie powyższe postulaty uważamy za zupełnie słuszne i byłoby wielce pożądanem, aby w tej sprawie Izby lekarskie galicyjskie wdrożyły stosowne starania, gdyż dur plamisty grasuje w Galicyi i tutejszym lekarzom co roku zagraża. Co do postulatu, pod 5) wymienionego. to podobne żądanie wypowiedział dr. Opieński na niedawno odbytem Walnem Zgromadzeniu Tow. hygienicznego we Lwowie, a wniosek dr. Opieńskiego w tym kierunku uchwalono. Wypadałoby jednak i co do tej sprawy uzyskać silniejsze poparcie czynników politycznych i sądzimy, że tę propozycyę powinien podjąć w Sejmie krajowym który z posłów — lekarzy, jako rezolucyę do rządu.

Uczczenie pamięci prof. dr. Trzebicky'ego.

Otrzymujemy następującą odezwę:

Kilka zaledwie lat pracował ś. p. profesor dr. Rudolf Trzebicky, jako prymaryusz Oddziału chirugicznego szpitalu św. Łazarza w Krakowie, bo śmierć nieubłagana przedwcześnie przecięła pasmo Jego żywota.

Krótki ten żywot atoli w plon był obfitym, jeżeli się zważy, że nie dawno temu zdał sprawę z 10.000 pod jego okiem wykonanych operacyj, a liczny zastęp młodych adeptów sztuki lekarskiej wiedzę swą na Jego uzupełniał oddziale. Pamięć męża tego na wieki trwać będzie, jest jednak rzeczą godziwą, aby widomy znak tej pamięci pozostał w gmachu, gdzie pracowitego dokonał żywota.

Podpisani przeto zachęceni przez wielu kolegów postanowili umieścić portret Jego w pawilonie chirurgicznym szpitala św. Łazarza w Krakowie. Pragniemy atoli, aby dzieło to było wiecznem świadectwem, że wielu a wielu do tego przyczynić się chciało; odzywamy się zatem do Kolegów i Przyjaciół Jego, aby datkiem na ten cel przeznaczonym pospieszyć zechcieli.

Dr. Józef Bogdanik
Prymaryusz Oddz. chirurg. szpit. św. Łazarza

Dr. Leon Brand
Sekund. szpit. św. Łaz.

Dr. Artur Frommer
Sek. szpit. św. Łazarza

Dr. Antoni Juras
Dyrektor szpit. w Białej.

Datki przyjmuje Dr. Leon Brand, Kraków, Szpital św. Łazarza.

KRONIKA.

Nasz fundusz zapomogowy. Wskutek naszej odezwy w poprzednim numerze poczynają napływać składki do funduszu zapomogowego, co dowodzi, że Koledzy uważają taki fundusz za potrzebny. Szczególne zadowolenie sprawił nam dopisek Czcigodnego Radcy Prof. Dra Wicherkiewicza z Krakowa, który przesyłając do funduszu zapomogowego 50 K, dołączył życzenie „by ten fundusz wzmagał się jak najbardziej, a służył zawsze tylko potrzebom, stworzonym przez zdobywanie prawdziwie idealnych celów zawodowych“. Przypominamy, że przed rokiem pierwsze życzliwie słowa otrzymało wydawnictwo „Głosu lekarzy“ od Radcy Prof. Dra Wicherkiewicza. Może dziś, gdy pismo nasze przebrnęło szczęśliwie pierwsze trudności, życzliwość Radcy Prof. Dra Wicherkiewicza dla funduszu zapomowego i dobry przykład w zasileniu tego funduszu będzie dla innych zachętą.

Dotąd nadeszły do funduszu zapomogowego następujące składki: Radca Prof. Dr. Wicherkiewicz 50·—, dr. Langie 1·—, dr. Adler 3·—, dr. Malinowski 3·—, dr. Danielski 6·—. dr. Knapczyk 1·—, dr. Aronsohn (z Podgórza) 1·—, dr. Kramarzyński (z Krakowa) 1·—, dr. Kramarzyński (z Dąbrowy) 2·—, dr. Kibitz Leon 2·—, dr. Rose 1·—, dr. Skórski 4·—, dr. Waligórski 2·—, Sz. Adler 1·—.

Honoraryum autorskie; dr. Józef Kadyi 3 K 18 h.

Pozostało w dniu 1. bm. 903 K 53.

W dniu 15. czerwca pozostaje razem **984 K 71 hal.**

Posiedzenie Wydziału Tow. Samopomocy lek. dn. 30. kwietnia 1904. Przwodniczy II. Wiceprezes kol. Bogdanik, który zawiadamia, że obaj z sekretarzem zaprosili Wydział na nadzwyczajne posiedzenie celem naradzenia się, czy i w jaki sposób wziąć udział w uroczystości 15-to-lecia parku Jordana. Po krótkiej dyskusyi uchwalono wobec tego, że uroczystość cała ma mieć charakter owacyi ze strony wyłącznie dzieci i młodzieży szkolnej, złożyć jedynie od Wydziału życzenia prof. Jordanowi przez delegatów, na których wybrano kol. Bogdanika i Langiego.

Generalny sekretarz Dr. Langie.

Posiedzenie Wydziału Tow. Samop. lek. dn. 28. maja 1904. Przewodniczy prezes prof. Jordan. Sekretarz zawiadamia o ukonstytuowaniu się Reprezentacyi lwowskiej, która wybrała swój Zarząd i zawiadomiła o tem osobnem pismem Wydział. Skarbnik podaje do wiadomości, że w myśl uchwały Wydziału złożył 300 kor. na książeczkę kasy oszczędności m. Krakowa Nr. 227181, jako fundusz zapomogowy Imienia Dr. Zdunia, zebrany przez lekarzy, biorących udział w jubileuszu kol. Zdunia. Na wniosek kol. Langiego uchwalono włączyć do tego funduszu 200 kor., ofiarowanych Towarzystwu przez kol. Zenona Pelczara z Drohobycza i 93 kor., przysłanych przez kol. Smolarskiego z Przemyśla. Kol. P. odmówiono zapomogi, gdyż już dwukrotnie ją otrzymał. Kol. W. udzielono zapomogi w kwocie 100 kor. Sekretarz odczytał odezwę w sprawie stemplowania recept, zredagowaną przez sekretaryat, uchwalono ją umieścić w „Głosie lekarzy“ i Przeglądzie lekarskim. Uchwalono następnie wydrukować nowy statut w 3000 egzemplarzy i rozesłać go wszystkim lekarzom, jako załącznik przy „Głosie lekarzy“. Co do przetłómaczenia statutu na język ruski, polecono sekretarzowi porozumieć się z kol. G. we Lwowie co do kosztów tegoż tłómaczenia.

Generalny sekretarz Dr. Langie.

Do Tow. Samopomocy przystąpił i nadesłał na ręce kol. Moszkowicza 8·— dr. Emanuel Rose, z Rawy ruskiej.

Wykaz prenumeratorów.

(Ciąg dalszy).

Mgr. Dewechy 6·10, doc. dr. Biernacki 6·—, dr. Metzger 6·—, dr. Schneider Ludwik 3·—, dr. Rutkowski 6·—, Krajowy Zakład dla obłąkanych w Kulparkowie 9·—, dr. Hulles 6·—, dr. Ader 9·—, dr. Malinowski 3·—, dr. Rogalski 9·—. dr. Hefter 6·—, dr. Merz 9·—, dr. Danielski 9·—. dr. Jaszczurowski 6·—, prof. dr. Szymonowicz 9·—, dr. Szyszkowski 9·—, dr. Zygmunt Reinhold 9·—, dr. Schapira 6·—, dr. Sołowski 9·—, dr. Link 6·—, dr. Uromski 6·—, dr. Borzęcki Eugeniusz 9·—, dr. Klęsk Adolf 6·—, dr. Brejter 6·—, dr. Schneider 6·—, Radca prof. dr. Wicherkiewicz 9·—, prof. dr. Kostanecki 9·—, dr. Knapczyk 9·—, dr. Aronsohn Samuel (Podgórze) 9·—. dr. Kramarzyński (Kraków) 5·—, dr. Połochajło 3·—, dr. Lenartowicz (Ustrzyki) 6·—, Dyrekcya Szpitalu św. Łazarza w Krakowie 6·—, dr. Trelski 3·—, dr. Kibitz Leon 3.—, I. P. A. (prosimy o wyjaśnienie tego anonymu) ze Lwowa 6·—, Kümmermau 3·—, dr. Stobiecki 9·—, dr. Kohn 3·—, dr. Zins 2·—, dr. Kalach 9·—, dr. Margulies (Śniatyn) 6·—, dr. Jabłoński 9·—, dr. Rose 9·—, dr. Skórski 6·—, dr. Łuniewski 3·—, dr. Czyżewicz (Jarosław) 6·—, dr. Godlewski 6·—, dr. Borzęcki (Lwów) 6·—, dr. Nodzyński 3·—, dr. Wachnianin 3·—, dr. Kleski 6·—, dr. Hirschhorn 10·—, dr. Jankowski (Lwów) 9·—, dr. Orzechowski 6·—, dr. Kozłowski (Dolina) 3·—, dr. Józef Weigel 9·—, dr. Spalke 9·—, dr. Krasuski 9·—, dr. Waligórski 6·—, Sz. Adler 3·—, dr. Zanietowski 6·—, dr. Dobija 6·—.

NADESŁANE.

L. 963/04.

Konkurs.

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Łyścu.

Do okręgu sanitarnego należą następujące gminy i obszary dworskie powiatu bohorodczańskiego:

Łysiec, Łysiec stary, Stebnik, Iwanikówka, Pochówka, Posiecz, Niewoczyn, Hryniówka i Łesiówka.

Płacę roczną 1000 koron pobierać będzie lekarz okręgowy z kasy Wydziału powiatowego w ratach miesięcznych z góry, oraz ryczałt na objazdy ustanowiony przez Wydział krajowy w kwocie 600 koron. Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego, muszą prócz dostatecznej fizycznej zdolności posiadać następujące warunki:

1. Prawo obywatelstwa austryackiego.
2. Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3. Nieskazitelny charakter.
4. Znajomość języków krajowych.
5. Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Dotyczące podania należycie udokumentowane, należy wnosić w nieprzekraczalnym terminie dni 30-tu do Wydziału Rady powiatowej w Bohorodczanach.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Bohorodczany, dnia 1-go czerwca 1904.

Prezes.

L. 1.688.

Konkurs.

Na mocy postanowień ustawy z dnia 2. lutego 1891 Nr. 17. dz. u. kr. rozpisuje się ponowny konkurs w celu obsadzenia posady lekarza okręgowego z siedzibą w Strzeliskach nowych — z płacą roczną 1000 koron i ryczałtem na objazdy w kwocie 700 koron.

Obowiązki lekarza okręgowego określa rozporządzenie wykonawcze do ustawy z 2. lutego 1891 wydane przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym (dz. u. kr. Nr. 82 z roku 1891).

Kandydaci chcący uzyskać powyższą posadę winni wnieść swe podania do Wydziału powiatowego w Bóbrce w terminie do 1. lipca 1904 i przedłożyć dowody, że posiadają:

1) prawo obywatelstwa austryackiego,
2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej,
3) nieskazitelny charakter,
4) znajomość języków krajowych,
5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim,
6) dostateczną fizyczną zdatność.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Bóbrka, dnia 23. maja 1904.

LW· 49.069/904.

Konkurs.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem krakowskiem rozpisuje niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza w szpitalu powszechnym w Bochni.

Kandydaci powinni **najpóźniej do końca czerwca 1904** wnieść podanie do Wydziału krajowego z dołączeniem:

a) metryki urodzenia na dowód, że kandydujący nie przekroczył 40 roku życia.

b) dowodu obywatelstwa akstryackiego,

c) dyplomu doktora wszech nauk lekarskich na jednym z Uniwersytetów Monarchii Austryackiej upoważniającego do wykonywania praktyki lekarskiej.

Do posady tej jest przywiązana płaca 1000 koron rocznie.

We Lwowie, dnia 1. czerwca 1904.

Piotrowski.

L. 1535.

Konkurs.

Na mocy postanowień ustawy z dnia 2. lutego 1891 Nr. 17. Dz. u. kr. oraz w ślad uchwały Wydziały powiatowego z dnia 27. maja 1904 rozpisuje się konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Sokołowie z płacą roczną 1000 kor. i ryczałtem na objazdy 400 kor.

Okręg sanitaruy w Sokołowie obejmuje następujące miejscowości: Sokołów, Wulkę sokołowską, Górno, Turzę, Markowiznę, Moczury, Trzeboś, Trzebinkę i Nienadówkę.

Kandydaci ubiegający się o powyższą posadę muszą oprócz dostatecznej fizycznej zdolności stwierdzonej świadectwem ck. lekarza powiatowego posiadać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego.
2) dyplom doktora medycyny upoważniający do wykonywania praktyki lekarskiej,
3) nieskazitelny charakter,
4) znajomość języków krajowych,
5) najmniej dwuletnią praktykę w zawodzie lekarskim.

Pierwszeństwo między kandydatami będą mieli ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu lub świadectwem ze złożonego egzaminu fizykackiego.

Obowiązki lekarza okręgowego określa bliżej instrukcya służbowa wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym na sazadzie §. 14. powołanej na wstępie ustawy.

Dotyczące podania wnosić należy do podpisanego Wydziału powiatowego w terminie do 30. czerwca 1904.

Z Wydziału powiatowego.

Kolbuszowa, dnia 28. maja 1904.

Sekretarz: *Serednicki*, mp. Prezes: *Tyszkiewicz*, mp.

L. 1905.

Konkurs.

Wydział powiatowy w Buczaczu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Uściu Zielonem z płacą 1000 kor. i 600 kor. na objazdy rocznie.

Do okręgu należy 11 miejscowości. Apteka w miejscu. Warunki określone ustawą z d. 2. lutego 1891. Dz. u. kr. Nr. 17.

Termin do wnoszenia podań do 15 czerwca br.

Lekarz okręgowy będzie mógł za osobnem wynagrodzeniem ze strony biura gminy w Uściu Zielonem spełniać obowiązki lekarza miejskiego.

Z Wydziału powiatowego.

Buczacz, dnia 23. maja 1904.

Prezes:
Dr. Krzyżanowski.

Lekarze zdrojowi.

Inseraty w tym dziale zgłaszać należy bezpośrednio pod adresem redakcyi.